

ANNÉE 1911

THÈSE

N°
379

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Strachimir DASCALOFF

Né à Philippopoli (Bulgarie), le 22 octobre 1884

DE

L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE

Président : E. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

—
1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1911

THÈSE

N^o
379

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Strachimir DASCALOFF

Né à Philippopoli (Bulgarie), le 22 octobre 1884

DE

L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE



Président : E. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOI	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE

DE MA SŒUR NEVENKA

ET

DE MON ONCLE DIMITRI

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies
cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE

INTRODUCTION

Un grand nombre d'observations publiées sous la rubrique d'actinomycose cutanée usurpent ce titre, et se rapportent en réalité à des foyers parasitaires venant des plans profonds et éclatant secondairement à la surface tégumentaire. L'erreur a été souvent commise par plusieurs auteurs. L'actinomycose ne doit être appelée cutanée que dans les cas où les lésions sont nettement limitées au tégument, ou tout au moins lorsqu'elles sont exclusivement prépondérantes à son niveau.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous nous faisons un devoir et un plaisir de témoigner toute notre gratitude à nos maîtres distingués de la Faculté et des Hôpitaux, qui nous ont guidé dans l'étude vaste et difficile de la médecine.

Nous remercions beaucoup M. le professeur Gaucher du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

C'est sous l'inspiration de M. le Dr Druelle, ancien chef de clinique de M. le professeur Gaucher, que nous avons choisi cette question pour sujet de thèse.

Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La première mention de l'actinomyose cutanée est due à Müller de Tübingen en 1888. Jusque là les lésions actinomycosiques observées étaient des lésions des parties profondes. Dans la majorité des cas, elles finissaient par envahir la peau en l'ulcérant et en déterminant des fistules, mais ces altérations tégumentaires étaient secondaires et l'on ne se préoccupait que des lésions primitives. En 1888 Müller rapporta la première observation d'actinomyose cutanée primitive. Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans qui s'était blessée accidentellement avec un morceau de bois à la base du médius droit. Deux ans après apparut une tumeur, et l'examen microscopique décela la présence de l'actinomyose.

Depuis, de nouvelles observations sont publiées par Bertha, Braatz, Hartmann, Luthe, Leser, Talamus, Hochenegg, Portch, Buerger, Lion à l'étranger, Darier et Gauthier, Dubreuilh et Sabrosès, Legrain, Thiriar, Monestié, Raingeard, Poncet, Guillemot, Folet, Sicard, etc. en France.

Lorsqu'on relie les différentes statistiques dressées

au sujet des localisations de l'actinomyces par des cliniciens autorisés, on est frappé de la pénurie des cas d'actinomycose cutanée.

Sur 67 cas d'actinomycose observés en France jusqu'à la fin de 1896, Poncet et Bérard ne mentionnent que deux cas avec localisation tégumentaire.

Les statistiques publiées en Allemagne (Moosbrugger), en Russie (Sokoloff), en Suisse (Güder) sont à peu près muettes sur les cas d'actinomycose cutanée.

Illich, dans un relevé de 421 cas, en isole 11 seulement avec localisation à la peau.

Le tableau emprunté à Poncet et Thévenot donne le pourcentage suivant pour les 86 cas observés en France de 1897 à 1903.

Actinomycose cervico-faciale.....	67
— pleuro-pulmonaire.....	4
— abdominale.....	9
— des parois du thorax.....	4
— de la peau et des membres...	2

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'infection se fait par les animaux, par les céréales, par les poussières végétales ou par d'autres objets contaminés.

Les bouchers, les bergers, les palfreniers, les tanneurs, surtout les personnes chargées de soigner des bestiaux malades, sont le plus souvent exposés à contracter l'actinomycose par l'intermédiaire des animaux. Dans la littérature médicale on relève nombre d'observations où l'on a des raisons sérieuses de supposer ce mode d'infection (Hartmann, Lührs, Occhsler, Stelzner, Hacker, Poncet, etc.). Chez le malade de l'observation VII, le mode d'infection semble être d'origine animale. Pour expliquer la fréquence de l'actinomycose chez des gens de la ville qui n'ont jamais vécu au voisinage du bétail, on a incriminé l'alimentation par des viandes infectées ou l'usage d'objets de toilette faits avec du cuir ou de la laine encore souillés par le parasite. Mais cette hypothèse paraît peu vraisemblable.

La grande source de la contamination pour l'homme comme pour les animaux est dans le règne végétal

(Poncet). Ce mode d'infection est confirmé par nombre de renseignements étiologiques recueillis auprès des malades et par nombre de constatations directes de débris végétaux au sein même des lésions. Ce mode d'infection se voit habituellement chez des cultivateurs, des moissonneurs, en un mot chez des gens de la campagne. C'est par une paille qu'on a l'habitude d'utiliser comme cure-dent, par un épi qu'on mâchonne, ou par des graines fraîches que l'on garde dans la bouche, que se fait d'ordinaire l'inoculation. La rentrée de la moisson et le battage des céréales sont les deux grandes sources d'infection. Chez 4 de nos malades l'infection a eu une origine végétale. La malade de l'observation II avait passé deux mois à la campagne pour faire la moisson, et il lui était arrivé maintes fois de mâchonner des graines de blé ou de se gratter une dent cariée avec des fétus de paille. La malade de l'observation IV, en ramassant des gerbes de blé pour les lier en faisceaux, un épi de blé lui coupa la peau du doigt.

Les poussières végétales peuvent servir de véhicule aux spores, aussi bien que les épis et les graines entières.

Le parasite peut vivre également sur les jeunes pousses des arbustes épineux, sur l'écorce des bois bruts et même sur le vieux bois pourri. Dans l'observation de Müller de Tübingen, la malade s'infecta à la suite d'une blessure à la main, produite par un éclat de bois.

L'âge a peu d'influence sur le développement de l'actinomycose. La plupart des auteurs fixent le maximum de fréquence entre vingt et trente ans. L'homme est plus fréquemment atteint du fait de ces occupations (bergers, cultivateurs, palfreniers, cochers, etc.). Les habitants de la campagne sont plus exposés que ceux de la ville.

Portes d'entrée. — Le point de pénétration de beaucoup le plus souvent utilisé par le parasite est la muqueuse buccale. Toute effraction de cette muqueuse ainsi que les dents cariées favorisent cette pénétration.

Dans d'autres cas l'actinomyces s'introduit dans l'organisme par les voies respiratoires. Dans l'observation publiée par Raingeard, l'actinomycose cutanée du thorax a été consécutive à des lésions parasitaires pulmonaires. Souvent le parasite pénètre au niveau des téguments, à la faveur d'une simple érosion ou blessure insignifiante (obs. IV, V). Le parasite peut avoir pour porte d'entrée également le tube digestif.

Migration du parasite. — Lorsque le parasite s'introduit dans l'économie au niveau de la bouche, des voies respiratoires ou du tube digestif, le tégument n'est atteint qu'après la migration du champignon. Généralement l'actinomyces procède par envahissement progressif des tissus. Dans le cas où il pénètre par la muqueuse buccale, avant d'apparaître au niveau de la peau, il envahit successivement la muqueuse, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané. La propagation à distance des lésions par la

voie vasculaire est rare. La voie lymphatique est exceptionnellement utilisée par le parasite. C'est la voie sanguine qui sert exclusivement au transport des lésions métastatiques. Pendant un certain temps les vaisseaux sont respectés par l'actinomyces, mais à la longue il finit par les thromboser et par les ulcérer.

L'actinomycose cutanée est dite primitive, lorsqu'elle succède à une inoculation directe de la peau.

Elle est secondaire lorsqu'elle résulte soit d'une pénétration à distance du parasite, soit exceptionnellement d'une embolie vasculaire. L'actinomycose cutanée secondaire est de beaucoup la plus fréquente.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

SYMPTÔMES LOCAUX

De toutes les classifications qui ont été proposées par les lésions mycosiques cutanées, celle de Leser, en : lésions *nodulaires* et lésions *ulcéreuses*, est encore la meilleure, parce qu'elle est la plus conforme aux faits, disent Poncet et Bérard.

1° *Formes nodulaires*

Dans ce groupe entrent toutes les formes du début de la maladie, qui peuvent présenter des aspects très variés. Ce que l'on observe le plus fréquemment c'est le nodule mycosique. On voit apparaître sur les points envahis de la peau quelques tuméfactions exclusivement cutanées, de la grosseur d'un grain miliaire à celle d'une noisette. Elles ont une forme ronde ou ovale et font saillie sur le tégument de 1 à quelques millimètres ; leur consistance est peu indurée. La peau, à leur niveau, prend une coloration rosée ou vineuse et semble indemne, sauf en un point, situé plus ou moins au centre de la nodosité,

où elle commence à se modifier ; elle se soulève en une petite vésicule translucide, de couleur bleuâtre. A travers cette portion amincie de la peau, suivant sa coloration plus ou moins foncée, par transparence, on peut apercevoir plus ou moins nettement le contenu de la tuméfaction.

Dans certains cas même, on peut distinguer quelques grains jaunes, disséminés dans le tissu constituant la tumeur. A la palpation, le nodule paraît mollasse, mais ne présente pas de fluctuation. A la ponction on n'arrive à évacuer qu'une petite quantité d'un liquide séreux opalescent, mais, par contre, on détermine très souvent des hémorragies assez fortes. La tumeur est exclusivement constituée par des fongosités. Après un temps variable, les nodosités deviennent de plus en plus molles, ce qui est un signe de ramollissement des fongosités, la peau continue à s'amincir et finit par se rompre et s'ulcérer. Ces nodules naissent tantôt en peau saine, tantôt elles sont précédées pendant un temps plus ou moins long d'un œdème rouge du tégument. Chez la malade de l'observation II, les nodules ont apparu un mois et demi après l'œdème rosé. Le nombre des nodules actinomycosique est variable.

Habituellement on voit plusieurs nodules inégalement distribués à la surface du tégument. Ils peuvent rester isolés, d'où l'aspect mamelonné de la région ; dans d'autres cas ils se rangent de façon à limiter entre eux des sillons, des profondeurs, donnant à la lésion la forme d'une gaufre (obs. V), enfin quel-

quefois ils confluent en une tumeur unique, bosselée, que l'on a comparée à une tomate. La lésion, dans son ensemble, n'est pas adhérente aux plans profonds, au squelette. Sous l'influence du traitement ioduré, les nodules s'affaissent et ne tardent pas à guérir.

Dans d'autres cas, au lieu de ces nodosités caractéristiques, on voit un véritable nodule induré, enchâssé dans le derme, tapissé d'un épithélium lisse, érythémateux. Parfois on se croirait en présence d'un tubercule anatomique banal. Chez un malade de Bertha, le début s'était fait par un noyau indolore, développé sur le dos de la main, qui peu à peu grossit et se transforme en une tuméfaction occupant les deux tiers du dos de la main.

Dans d'autres cas on ne voit que des papules, parfois lisses, présentant généralement une surface inégale. Leur teinte varie d'un rouge très vif à un rouge très foncé et même au bleu. A leur niveau la peau est sèche, parcheminée et translucide. Pas de dépression ni de saillie. Pas de fluctuation. Sous l'influence du traitement elles disparaissent rapidement. Ce type rare a été observé par Raingeard chez son petit malade, évoluant à côté d'autres manifestations actinomycosiques. Ces papules ont ceci de particulier, qu'elles évoluent pour leur propre compte et se distinguent ainsi de l'érythème qui accompagne les différentes lésions de l'actinomycose et qui est en quelque sorte secondaire.

Chez le malade de l'observation VI, la maladie

débute sous la forme d'une plaque de 25 sur 13 millimètres, saillante, rouge, violacée, couverte d'un épiderme mince et tendre, molle, mais reposant sur une base indurée.

Toutes ces formes que nous venons de décrire peuvent guérir spontanément, sans ulcérations. Elles sont ordinairement indolores. Si le traitement n'est pas institué de bonne heure, habituellement elles finissent par s'ulcérer.

20 *Formes ulcérées.*

Elles peuvent rester superficielles ou devenir profondes.

a) *Type vésiculeux.* — L'ulcération d'un élément nodulaire se produit par le ramollissement de son contenu. La peau déjà très amincie du nodule se rompt. Celui-ci est creusé en cratère ou évidé en cupule, ses bords sont taillés assez franchement ou légèrement décollés et sur son fond bourbillonneux on peut apercevoir dans certains cas quelques grains jaunes. La suppuration commence habituellement par les nodules situés au centre et se propage vers la périphérie. Pendant que les vésico-pustules les plus anciennes se cicatrisent, on voit les nodules périphériques s'ulcérer. L'intervention des microbes pyogènes modifie cet aspect, en déterminant des suppurations plus larges.

b) *Type ulcéro-gommeux.* — La forme ulcéro-gommeuse présente des cavités rappelant les gommes tuberculeuses ou syphilitiques, contenant du pus

en quantité notable et s'ouvrant chacune par un nombre de fistules. Cette forme où l'ulcération est beaucoup plus large et plus profonde que la précédente succède soit à un nodule plus gros, soit à des nodules conflués en tumeur unique. En raison de ces contours polycycliques, la confusion est très fréquente avec la syphilis.

Dans certains cas on se croirait en présence d'une poussée furonculaire ou anthracoïde. C'est la forme *anthracoïde* qui est caractérisée par la présence de fistules en très grand nombre, par lesquelles s'écoule très peu de pus. La lésion a l'aspect d'un crible.

Le plus fréquemment observée c'est la première forme. Le tégument s'amincit de plus en plus et par places s'ouvre des fistules qui laissent suinter du pus, mais en très petite quantité. Certaines de ces fistules se ferment au bout de quelque temps, d'autres persistent, tandis que de nouvelles continuent à apparaître dans les points voisins. Petit à petit le mal gagne la périphérie. Lorsque la lésion s'est étendue aux plans profonds, tissu cellulaire, sous-cutanée ou intermusculaire, on peut voir une fistule s'ouvrir en un point éloigné du siège primitif.

L'épiderme des lésions atteintes desquamé en fines lamelles, surtout sur les bords. On voit çà et là des croûtelles noirâtres décollées sur les bords, adhérentes au centre, oblitérant une fistule. Elles finissent par se détacher seules, laissant voir saillir, par les orifices, des bourgeons charnus, gélatiniformes, demi-transparents, mollasses. Parfois les lamelles

sont placées simplement sur un point surélevé de sorte que l'ensemble de l'affection est mamelonné.

Lorsque l'action des microbes pyogènes a été prépondérante, on a affaire à un vulgaire abcès qui a pu décoller plus ou moins les plans sus-aponévrotiques.

Dans les cas d'actinomycose cutanée publiés jusqu'ici, les lésions ulcéreuses ont toujours succédé aux lésions nodulaires. L'observation IV s'éloigne cliniquement de ce que l'on voit habituellement. L'ulcération mycosique a débuté ici d'emblée à la suite de quelques vésicules insignifiantes.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

L'actinomycose cutanée est généralement une affection apyrétique. Dans certains cas elle débute à la manière d'une maladie aiguë, accompagnée de fièvre et de douleurs. A la période terminale, dans les cas anciens avec lésions cutanées étendues, la fièvre peut présenter l'aspect de la fièvre hectique, en même temps que l'état général s'aggrave. Les malades atteints d'actinomycose cutanée peuvent souffrir de la céphalée, de l'insomnie, l'inappétence n'est pas rare. Le moral des malades est parfois plus atteint que le physique.

MARCHE. — PRONOSTIC

L'actinomycose cutanée est une affection essentiellement chronique. Abandonnée à elle-même elle a

une marche progressive, parfois interrompue par des rémissions momentanées ; elle ne guérit spontanément que exceptionnellement. Au bout d'un temps plus ou moins long, elle envahit les plans profonds. Son pronostic immédiat est bénin. Si le traitement est institué dès le début, elle guérit rapidement.

Dans les cas d'envahissement des plans profonds la guérison s'obtient plus difficilement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

A l'examen microscopique, les caractères des lésions varient peu, quelle que soit la forme considérée avant ou après l'ulcération des téguments. Voici comment Poncet décrit ces altérations.

« Sur la coupe d'un fragment de peau, recueilli sur un nodule en voie de ramollissement en allant de la profondeur à l'épiderme, on voit une sclérose des plans profonds du derme, intéressant, dans les points les plus malades, les glandes sudoripares et sébacées dont les alvéoles se montrent encerclés de bandes conjonctives plus ou moins épaisses, et dont les cellules elles-mêmes sont pénétrées par des leucocytes et des éléments fibreux qui les étouffent.

» Des foyers inflammatoires d'aspect banal, avec de rares cellules géantes, apparaissent, d'autant plus nombreux et importants, qu'on se rapproche davantage de l'épiderme. En quelques points où celui-ci a été détruit ou va l'être, le ramollissement des foyers autour des amas parasitaires détermine la formation d'espaces plus ou moins vastes, occupés par des granulations peu colorables, et bordés

d'éléments dans lesquels on peut reconnaître les cellules en dégénérescence granuleuse et hyaline décrites par Unna. Les vaisseaux ne commencent guère à disparaître que lorsque les papilles du derme sont largement envahies par les éléments inflammatoires. Quant à l'épiderme, on reconnaît, à un fort grossissement, que les cellules du corps muqueux de Malpighi sont dissociées par la sérosité de l'œdème du derme, et pénétrées par les leucocytes des foyers sous-jacents. De plus, ainsi que Cornil l'avait noté dans l'érysipèle, certaines des cellules de la couche fondamentale et des assises sus-jacentes ont leur protoplasma gonflé, vésiculeux ou totalement hyalin. Ainsi se forment d'apparentes lacunes, dans lesquelles avec un peu d'attention, on reconnaît un certain nombre de cellules altérées, avec leur protoplasma réduit à une mince bande colorable, refoulée à la périphérie de l'élément et dont le noyau est, de même, rejeté excentriquement. Les cellules de stratum granulosum, gonflées comme dans toutes les affections inflammatoires de la peau, ne contiennent que peu ou pas d'éléidine. La couche cornée, au contraire, a pris un développement anormal. Elle s'étend en bandes épaisses, parfois partiellement détachées de la profondeur où les colorants trahissent la présence de noyaux dans les cellules.

» Dans les coupes correspondant à de vieilles lésions cutanées, partiellement cicatrisées, des bourgeonnements de l'épiderme pénètrent, plus ou moins loin, à travers le tissu dermique, les uns avec des

cellules presque normales, les autres avec une prolifération et une altération de leurs éléments cornés, comparables aux globes épidermiques du [cancroïde, si bien que le repérage des divers éléments dermiques, dans de telles coupes, devient parfois laborieux.

» Un détail qui frappe, surtout, dans ces diverses préparations, c'est la sclérose, puis la disparition rapide des éléments glandulaires et pilo-sébacés. »

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

L'actinomytose cutanée n'est pas une maladie aussi rare que l'on a voulu le croire, et toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une lésion à marche chronique de la peau, il est bon de songer à la possibilité de cette affection. L'examen clinique présente parfois des difficultés insurmontables. Les parties envahies peuvent revêtir tous les aspects que l'on rencontre dans nombre de lésions cutanées de diverses natures, simulant ainsi des maladies très variées. Parfois même, les lésions ne ressemblent absolument à rien (Poncet). On conçoit combien le diagnostic est alors difficile, sinon impossible, à moins que l'examen microscopique n'ait relevé l'existence des grains jaunes d'actinomyces. Le fait le plus net à cet égard est fourni par le cas de Buerger (obs. VI.) Cet auteur, qui a analysé 17 cas d'actinomycose cutanée primitive, fait remarquer que dans ce cas un examen microscopique moins complet aurait laissé méconnaître la nature de la maladie.

Est-ce qu'il existe un symptôme pathognomonique de l'actinomycose ?

Poncet parle de la multiplicité des fistules. D'autres auteurs ont insisté surtout sur l'existence des bosselures et des sillons au niveau du tégument, l'ensemble de la maladie affectant ainsi la forme d'une gaufre.

Monestié et Derville ont décrit, au niveau des lésions actinomycosiques, des points ardoisés ou bleus, quelquefois d'un rouge bleuâtre, disséminés, tirant sur le fond rouge vineux de l'ensemble de la lésion, de la grandeur d'une lentille, tantôt circulaires, tantôt allongés comme un coup d'ongle, demi-transparents, laissant soupçonner au-dessous de l'épiderme aminci une substance gélatineuse, par où se feront les fistules.

Un signe constant, c'est l'absence de ganglions dans les régions correspondantes. La couleur foncée, rouge vineux du tégument, les saillies de la lésion, les nodules, les sillons, l'induration profonde, la présence de l'œdème diffus, l'existence des fistules sont autant de symptômes sur lesquels peut reposer le diagnostic. Toutefois, la constatation clinique et microscopique des grains jaunes du parasite sera nécessaire pour trancher le diagnostic. Nous avons vu au chapitre de l'étude clinique que dans certains cas les grains jaunes peuvent être aperçus par transparence à travers la peau très amincie des vésicules, mais ordinairement ils sont décelés dans le pus des ulcérations mycosiques. Souvent il est très difficile, sinon impossible, de trouver des grains jaunes. Dans ce cas il ne faut pas exclure la possibi-

lité d'actinomycose. Dans bon nombre de cas, malgré l'absence totale de grains, le diagnostic d'actinomycose cutanée a été maintenu, et le traitement ioduré qui a été institué a amené rapidement la guérison. Donc, dans certains cas, le diagnostic ne peut être confirmé que par le triomphe du traitement. Dans les cas douteux, l'on peut avoir recours au séro-diagnostic de Widal et Abrami, qui fournit d'excellents résultats. On tiendra compte également des antécédents du malade, de sa profession, du mode de début et de l'évolution de la maladie.

Nous allons passer en revue les diverses affections avec lesquelles on peut confondre l'actinomycose cutanée.

I. — *Lupus tuberculeux*

Les lésions mycosiques cutanées peuvent simuler le lupus tuberculeux simple, depuis les plaques congestives, lisses ou gaufrées du lupus érythémateux, jusqu'aux noyaux distincts plus ou moins volumineux du lupus vulgaire. Le tubercule lupique est reconnaissable à des traits bien spéciaux. C'est un tubercule arrondi, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, plus ou moins saillant, parfois de niveau avec la peau normale. Il est rose jaunâtre, quelquefois violacé ou bistré. Sa surface est lisse, vernissée, ou squameuse, ou érosive, ou croûteuse, ou ulcéreuse. Il a une consistance molle dépressible, veloutée. Il est souvent sensible au toucher. Par la

vitropression son tissu se montre d'un jaune bistré, translucide. Les tubercules lupiques se disposent ordinairement en groupes. Dans le lupus, les lésions progressent du centre à la périphérie, les plus jeunes des tubercules s'ulcèrent, pendant que les anciens se cicatrisent, tandis que des nouveaux se forment à la périphérie. Mais la même disposition peut se voir dans l'actinomyose. L'examen bactériologique ne donne presque jamais de résultat, puisque le bacille de Koch se rencontre rarement au niveau des lésions. Il vaut mieux avoir recours aux inoculations au cobaye. Les antécédents du malade, l'état des ganglions, la coexistence d'autres localisations tuberculeuses pourront mettre sur la voie.

II. — *Gommes tuberculeuses sous-cutanées*

La nodosité hypodermique qui marque le début d'une gomme tuberculeuse, adhère parfois d'emblée à la face profonde du derme, lequel, d'une façon précoce, présente une teinte lilas, violacée ou livide. Le ramollissement commence souvent en surface avant de gagner toute la masse indurée. L'ulcération qui se fait par plusieurs orifices est souvent de forme irrégulière, a des bords violacés, mous, décollés. Des cavités anfractueuses ainsi formées, s'écoule un liquide sanieux, ou même séreux, louche, mêlé de sang. La cavité peut envoyer des prolongements fistuleux en divers sens, faisant communiquer des cavernes voisines. Parfois les parties du tégument

intermédiaires aux orifices fistuleux sont détruites et il en résulte une ulcération large, à bords sinueux et déchiquetés, blafarde ou d'un violet sombre, saignante, à fond des plus irréguliers, bourgeonnant, parfois recouvert de croûtes. L'évolution est lente, se fait par poussées, dure plusieurs mois et parfois des années. L'aspect et la marche des gommes tuberculeuses peuvent prêter à la confusion avec l'actinomycose cutanée. On fera le diagnostic différentiel en tenant compte des antécédents du malade, de son âge, les gommes tuberculeuses se rencontrant de préférence chez les enfants et chez les adolescents, de la coexistence des lésions tuberculeuse-viscérales et surtout osseuses et ganglionnaires. La coexistence de foyers profonds d'actinomycose est en faveur de l'actinomycose eutanée.

III. — *Gommes syphilitiques*

Les gommes syphilitiques évoluent rapidement s'ouvrent au dehors par une ulcération cratériforme, l'orifice s'agrandit, reste rond, de dimensions nummulaires. Les bords sont minces, rouges, surplombés ou à pic, la cavité est profonde, en ampoule, le fond inégal est tourmenté, tapissé par une matière d'un blanc jaunâtre, sorte de bourbillon qui, peu à peu s'élimine avec la sécrétion.

Par l'ulcération s'écoule un liquide filant, jaunâtre, louche, puriforme. La base est de consistance pâteuse et sensible à la pression. L'actinomycose cutanée a

été souvent prise pour une gomme syphilitique. Si les grains jaunes font défaut dans le produit de sécrétion et de désintégration de la tumeur, ce qui arrive fréquemment, l'erreur est presque fatale par suite du succès du traitement ioduré. Le seul argument en faveur de l'actinomyose serait alors l'apparition de nouveaux nodules à côté des anciens pendant l'administration du médicament, ou la récurrence presque immédiate de ces derniers immédiatement après la cessation du traitement, ce que l'on ne constate jamais dans la syphilis. On tiendra également compte des antécédents et de la coexistence parfois d'accidents syphilitiques concomitants.

IV. — *Sporotrichose*

Depuis les travaux de Beurmann avec Raymond (1903) et avec Gougerot (1906-1907), la sporotrichose est assez bien connue. Les gommes sporotrichosiques sont tantôt disséminées, tantôt systématisées. Elles sont indolentes, évoluant en six à dix semaines. D'abord crues, puis ramollies, tantôt elles persistent dans cet état, tantôt elles s'ulcèrent et s'évacuent. Leur contenu est au début un liquide visqueux, gommeux, plus tard purulent, épais. Elles sont rapidement guéries par les iodures. La multiplicité et le polymorphisme des lésions, le pus visqueux et blanchâtre qui s'écoule des nodules ramollis, l'inconstance des adénopathies, la conservation d'un bon état général sont des symptômes en faveur de la sporotrichose. Mais

la diagnostic n'est confirmé que par : 1° la culture du sporotrichum qui exige huit à quinze jours ; 2° la sporo-agglutination découverte par Widal. Le sérum des sporotrichosiques agglutine une émulsion de spores de sportricha à 1/200 et même au delà ; le sérum de malade atteint d'actinomyose l'agglutine également, mais à des taux très inférieurs.

V. — *Épithélioma*

Il se rencontre de préférence chez des personnes âgées. Au début il se présente sous l'aspect soit d'une papille hypertrophiée, soit d'une fissure, soit d'une croûte sèche. Plus tard il s'ulcère et présente un fond irrégulier, anfractueux, bourgeonnant, d'où s'écoule un liquide citrin très fétide. Les ganglions sont toujours hypertrophiés. Son évolution est rapide et il ne tarde pas à déterminer la cachexie caractéristique du cancer. Si les caractères généraux sont insuffisants au diagnostic, la biopsie devient indispensable.

VI. — *Mycosis fongoïde*

Le début du mycosis fongoïde se fait par des éruptions prémycosiques polymorphes, affectant la forme de plaques érythémateuses, ortiées, purpuriques ou érysipéloïdes mal limitées. L'érythème de mycosis fongoïde se distingue de l'érythème de l'actinomyose cutanée, par ce fait que ce dernier n'existe

jamais seul, il accompagne toujours d'autres manifestations actinomycosiques. A la période d'état on trouve : 1° de vastes surfaces eczématiformes et lichénisées, avec œdème de la peau ; 2° des plaques infiltrées d'un rouge brique à surface en peau d'orange ou mamelonnée ; 3° des tumeurs mycosiques du volume d'une cerise à celui d'une mandarine, naissant sur une des lésions précédentes, ou quelquefois en peau saine. Elles ont une coloration rouge sombre, à la palpation leur consistance est plus ou moins molle. Elles sont souvent bosselées, souvent étranglées à leur base. L'affection se termine soit par résolution, soit par ramollissement avec ulcère consécutif. Les ganglions sont presque toujours pris. On évitera la confusion avec l'actinomycose cutanée, en tenant compte du mode du début (érythème prurigineux), du siège (tronc, racines, parties internes des membres), de l'aspect caractéristique des tumeurs qui sont moins dures que les nodosités de l'actinomycose.

VII. — *Psorospermose folliculaire végétante*

Cette affection est caractérisée par des papulo-croûtes souvent folliculaires. Ces papules, recouvertes d'une croûte d'un brun grisâtre, ont les dimensions d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. Cette croûte est enchâssée dans une dépression infundibuliforme, dans laquelle elle envoie un prolongement mou et jaunâtre. Cette dépression est

l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Ces croûtes confluent en nappes verruqueuses. Dans les aines et les aisselles on voit exceptionnellement se former des végétations rosées globuleuses ou cratériformes, conglomérées en amas fongoïdes, répandant une odeur fétide.

Le diagnostic repose sur le mode du début, sur l'aspect des lésions, sur le siège d'élection (face, cuir chevelu, gouttière présternale et interscapulaire, région périgénitale), mais il n'est confirmé que par la constatation microscopique de grains cornés dans les croûtes et des corps ronds dans la matière sous-jacente.

VIII. — *Rhino-sclérome*

Cette affection hypertrophique progressive spéciale à la région du nez et de la lèvre supérieure est caractérisée par des élevures fermes, à épiderme lisse, de couleur rose ou rougeâtre, confluant en une tumeur d'une dureté cartilagineuse. Elle se distingue de l'actinomyose cutanée par son siège, par son évolution très lente et par ce fait qu'elle n'a aucune tendance à l'ulcération.

IX. — *Pseudo-actinomycoses*

a) *Pied madura*. — C'est une maladie exotique, fréquente dans les Indes. Elle a été constatée dans

l'Afrique du Nord, même en Europe (Padoue, Bassini). La peau du pied se gonfle d'une façon diffuse et indolore. Au bout de quelque temps la surface devient irrégulière, on constate l'apparition de petites tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette. Au début dures et consistantes, les nodosités se ramollissent et finissent par s'ouvrir spontanément. Par les fistules s'écoule un liquide purulent, fétide, visqueux, d'un blanc sale ou jaunâtre, tenant en suspension de petits corpuscules grumeleux, jaunâtres ou noirâtres, caractéristiques de la maladie.

Le pied continue à se tuméfier et peut acquérir des dimensions considérables. Ce qui le distingue cliniquement, c'est que la lésion reste locale. Son siège habituel est le pied, plus rarement la main. Contrairement à l'actinomycose, on peut constater l'envahissement des ganglions et des lymphatiques. Le pied madura est déterminé par un parasite voisin de l'actinomyces bovis, l'oospora madural qui se présente dans les lésions sous forme de grains jaunes ou de grains noires, d'où deux variétés de la maladie. La première est de beaucoup la plus fréquente. Le diagnostic différentiel avec l'actinomycose est fait par l'examen microscopique.

b) *Farcin du bœuf*. — Il est dû à un parasite rangé à côté de l'actinomyces ; se voit chez le bœuf. On n'a pas encore rapporté de cas de contagion du farcin du bœuf à l'homme. Il est caractérisé par des tumeurs circonscrites et par des cordons indurés.

c) *Pseudo-actinomycose à grains jaunes de Mose-*

tig, Poncet et Dor. — Le parasite qui est un streptothrix cause une affection qui, par ses allures cliniques, rappelle de très près l'actinomyose vraie. Le diagnostic ne peut être fait que par un examen bactériologique complet. Les grains sont plus gros, plus rares dans le pus, moins durs que ceux de l'actinomyose. Disposition rayonnée moins complète, leurs filaments sont dépourvus de massues, ils sont plus longs et plus gros et moins ramifiés.

D'emblée les cultures dans les bouillon sont fertiles et le bouillon se trouble.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

MESURES PROPHYLACTIQUES

Éviter le contact des animaux infectés. Les sujets chargés de soigner des bêtes malades devront, après chaque pansement, se laver soigneusement les mains. S'ils sont porteurs d'érosions ou de blessures de la peau, prendre les précautions nécessaires. Interdire la vente de toute pièce de viande provenant d'un animal infecté, soumettre les viandes d'une origine suspecte à une cuisson prolongée. Nettoyage complet de l'étable qui aura été occupée par une bête malade, lavage des murs à l'eau de chaux, pulvérisations au formol, etc. Éviter de se servir comme cure-dent d'une paille provenant d'une graminée, de mâchonner des épis ou des graines fraîches. Aération fréquente des hangars. Pratiquer une toilette soignée de la bouche et des dents.

Traitement curatif

Il comporte le traitement médical, le traitement chirurgical, le traitement mixte.

a) *Traitement médical.* — Il consiste en l'administration de l'*iodure de potassium*. Le traitement par l'iodure de potassium fut appliqué en 1882 par Thomassen (d'Utrecht) chez les animaux atteints de glossite ligneuse. Plus tard Thomassen publia une centaine de cas avec une proportion de succès de 90 o/o, après un traitement ioduré. Depuis on dota l'iodure d'un pouvoir spécifique contre toutes les manifestations de l'actinomyose. Depuis Nocard, (1892), le traitement ioduré fut appliqué chez l'homme. Ensuite Meunier, Van Iterson, Vitrinia, Netter, Galli, Poncet, etc., publièrent plusieurs observations où cette médication avait donné de bons effets.

Nos observations notent 4 cas de guérison et 3 cas en voie de guérison.

L'iodure de potassium est administré à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur on le prescrit à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

A l'extérieur il est employé sous la forme de solution ou de pommade en application sur les lésions.

M. le professeur Gaucher emploie la solution suivante :

Iode.....	1
IK.....	1
Eau.....	10

Chez le malade de l'observation V la guérison a été obtenue à la suite de 25 injections de teinture d'iode pure, au niveau de la lésion, sans aucune médication interne.

L'iodure de potassium peut donner lieu à la pro-

duction de phénomènes toxiques (obs. I). Aussi sa suspension s'impose-t-elle pendant quelques jours.

Dans les premiers jours qui suivent l'administration de l'iodure de potassium, on a noté quelques phénomènes de réaction : douleurs plus vives, la tumeur grossit, gonflement rouge plus prononcé, formation de fistules nouvelles. Mais bientôt on voit la tumeur s'affaïsser de plus en plus, la coloration de la peau diminue d'intensité, les fistules se ferment, la guérison survient. En même temps, l'état général du malade change sensiblement.

L'iodure de potassium à l'intérieur est le traitement de choix, la solution ou la pommade ne jouent qu'un rôle secondaire.

Darier et Gautier ont obtenu la guérison d'un cas d'actinomyose par l'électrolyse d'iodure de potassium. Billroth a eu un succès à la suite de 15 injections de tuberculine.

b) *Traitement chirurgical.* — Ce traitement est le premier en date. Il était employé encore à l'époque où l'on ne différenciait pas l'actinomyose des autres affections cutanées. Il consiste en grattage, curettage, scarifications, incision, excision, extirpation. Dans le type vésiculeux on aura recours au grattage et aux scarifications, suivies d'applications de compresses de sublimé à 1/500. Les nodules seront traités par l'incision, le curettage, l'extirpation.

c) *Traitement mixte.* — Les foyers mycosiques sont traités par les moyens physiques que nous

avons énumérés en même temps que l'iodure de potassium est donné à l'intérieur.

Comme dans toute maladie infectieuse, le traitement général doit avoir sa part. Il faudra donc adjoindre à la médication iodurée et aux interventions chirurgicales, l'administration de toniques, dont les préparations arsénicales et les phosphates assimilables constitueront la base. Les prescriptions d'hygiène doivent être prises en considération. Le grand air, le soleil, les conditions hygiéniques les meilleures peuvent rendre quelques services, dans le cours et dans la convalescence de l'actinomyose.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Malade présentée par MM. Gaucher, Gougerot et Lévy-Frankel à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance de juin 1911).

Actinomyose cutanée de la face.

D... Marguerite, âgée de quarante et un ans, domestique, est atteinte d'une affection cutanée de la face depuis six mois. Elle paraît assez bien portante. La malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

On ne trouve aucun antécédent syphilitique connu.

Son mari est mort de phlébite à la suite d'un néoplasme gastrique.

Elle a une fillette âgée de sept ans.

Depuis le mois de décembre 1910 elle présente une lésion tuberculo-croûteuse en placard de l'angle du maxillaire gauche.

De nombreuses fistules qui auraient suppuré antérieurement.

Un ensemenement fait à Lille au mois de janvier 1911 aurait montré de l'actinomyose.

La malade a été soumise au traitement par l'iodure de

potassium (3 gr. par jour environ), mais ce traitement n'a pas donné de résultat.

Aussi la malade a-t-elle reçu, il y a quinze jours, une injection intraveineuse de 606.

C'est M. Frankel qui fait entrer la malade dans le service de M. le professeur Gaucher, le 1^{er} mai 1911.

Actuellement la malade présente une lésion occupant le tégument correspondant à l'angle du maxillaire gauche. Cette lésion qui forme une tumeur superficielle a une surface inégale, elle est constituée par un nombre de bosselures de dimensions variables. Elle a une forme plus ou moins circulaire.

La lésion est infiltrée, mais elle est mobile et il n'y a pas d'adhérence osseuse, pas de trismus.

La peau à son niveau est anormalement colorée, présentant une teinte rougeâtre. A la palpation elle a une consistance molle et n'éveille pas de douleur véritable à la pression.

L'examen des ganglions montre qu'il n'existe aucune adénopathie au voisinage de la lésion.

A l'examen de la bouche, on constate que les dents sont en mauvais état et que la voûte palatine est nettement ogivale. La malade a le nez écrasé à la base.

8 mai 1911. — Sirop iodotané depuis hier. L'ensemencement a été fait le 3 mai sur gélose maltosée par M. Gougerot. La réaction de Wassermann faite par Darier est négative.

10 mai 1911. — La malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium. On prescrit à l'intérieur 2 à 4 grammes d'iodure par jour, à l'extérieur on fait des applications d'une solution iodo-iodurée, ayant la formule suivante :

Iode.....	1
Iodure de potassium..	1
Eau	10

18 mai 1911. — Le traitement ioduré est suspendu à la suite de la production d'un œdème toxique de la joue.

24 mai 1911. — La malade quitte le service sur sa demande. Elle continue son traitement externe (application de la solution iodo-iodurée). Elle reprend 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Examen microscopique. — A l'examen microscopique, on n'a pas pu déceler dans les préparations l'existence de grains jaunes typiques ; mais par contre on a trouvé des éléments de deux ordres :

1° Des filaments mycéliens rectilignes ou incurvés avec des renflements massués prenant le Gram, fragmentés ;

2° Des éléments en forme de virgule, très nombreux en certains points de la préparation et provenant vraisemblablement de la dissociation d'un grain jaune désagréé.

OBSERVATION II

(Malade présentée par MM. Gaucher et Lacapère à la Société médicale des Hôpitaux de Paris le 26 avril 1901.)

Actinomycoïse cutanée de la joue

D... Jeanne, âgée de trente-six ans, est une femme d'aspect robuste. Actuellement sans profession, elle est née d'une famille de bouchers et a exercé elle-même cette profession à Bruxelles jusqu'en 1895 ou 1896.

Jamais, jusqu'au mois de décembre 1900, elle n'avait remarqué de tumeur ni de déformation quelconque sur sa face ou dans sa bouche. Vers le 15 décembre, elle reçoit un violent coup de poing sur la région massétérine droite, et trois à quatre jours plus tard elle constate une petite grosseur faisant saillie dans la bouche, à la face interne de la joue droite.

La tumeur s'accroît les jours suivants, faisant une saillie de plus en plus appréciable à la face externe de la joue, tandis que la tumeur disparaît du côté de la bouche. La peau de la joue se modifie en même temps, présentant d'abord une teinte bleuâtre, puis passant au rouge violacé. En palpant sa joue, la malade constate bientôt une induration large comme une pièce de 5 francs, faisant corps avec les tissus par ses bords, tandis que le centre se surélevait peu à peu. L'induration continua à s'étendre progressivement, la tumeur restait à peu près indolente.

Un médecin consulté au début du mois de février 1901, ponctionne au bistouri le sommet de la tumeur, qui donne issue à du sang noir mêlé d'une petite quantité de pus jaunâtre ; le même médecin conseille des pulvérisations quotidiennes et des pansements humides : quelque temps après il adresse la malade au Dr Guillemain qui nous l'envoie.

Actuellement la tumeur occupe la partie moyenne de la joue droite, s'étendant verticalement de l'arcade zygomatique à la branche horizontale du maxillaire inférieur, horizontalement de la commissure labiale à la branche montante du maxillaire ; son diamètre vertical, un peu plus considérable que son diamètre transversal, est de 6 à 8 centimètres.

La tumeur située dans l'épaisseur même de la joue ne

forme pas une saillie appréciable. La peau qui la recouvre est d'un rouge violacé vers le centre : la coloration passe au rouge vif au niveau des portions périphériques et se fond insensiblement avec la coloration de la peau environnante. Vers le centre de la tumeur, un ou deux sillons d'une profondeur de $1/2$ centimètre environ séparent des bosselures dont le sommet jaunâtre semble formé par l'épiderme aminci recouvrant une petite masse de pus prête à s'ouvrir un passage au dehors. Déjà trois fistules se sont formées. Elles présentent des bords minces et violacés, un fond jaunâtre, bourbillonneux et laissant suinter à la moindre pression un pus jaune et granuleux, strié de minces filets de sang.

Au niveau de la tumeur, la muqueuse de la face interne de la joue ne présente aucune saillie, aucune modification de couleur. La palpation montre que la masse néoplasique possède dans ses portions périphériques une consistance véritablement ligneuse. Cependant, il n'existe pas de ligne de démarcation nette entre la tumeur et le tissu sain.

Le centre de la tumeur présente des portions dures, à côté des portions ramollies en train de s'évacuer par des fistules.

L'épaisseur de la masse est de 3 à 4 centimètres. Prise dans le tissu cellulaire de la joue, elle fait corps avec la peau qui ne peut glisser sur elle, mais elle est mobile sur le plan profond et n'adhère en aucune façon ni à l'aponévrose massétérine, ni au maxillaire. La muqueuse de la face interne de la joue est légèrement mobile sur la tumeur.

La sensibilité générale du néoplasme est peu marquée. On peut exercer sur lui des pressions assez fortes, sans éveiller de douleur véritable. Il semble cependant que la pression soit plus mal supportée au niveau des portions ramollies et

la malade se plaint dès que l'on appuie sur le pourtour des orifices pour faire sourdre du pus.

Elle accuse même quelques douleurs spontanées, assez vives, qui se manifestent de temps à autre sans cause déterminée.

L'examen des ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires montre qu'il n'existe aucune adénopathie au voisinage de la tumeur. Cette notion concorde absolument avec ce que nous savons de l'actinomycose.

La muqueuse buccale est en bon état, les dents sont saines.

Enfin l'état général est parfait, les forces et l'appétit sont conservés.

Comme traitement nous prescrivons l'iodeure de potassium à l'intérieur et des applications locales de teinture d'iode.

Le pus qui s'écoule par les fistules fait quelques taches jaunâtres sur le pansement qui recouvre la tumeur. On peut faire fondre par pression quelques gouttelettes de pus au niveau des orifices fistuleux.

Étalé en couche mince, ce pus se montre constitué par un liquide clair, séro-purulent, strié de quelques filets de sang. On y découvre un certain nombre de grains jaune soufre, de très petite taille. Si l'on examine ce pus au microscope, après fixation et coloration, on distingue une grande quantité de leucocytes à noyau polylobé. On ne constate sur la préparation aucun micro-organisme. Les grains jaunes, après écrasement entre deux lames de verre, ont été fixés, puis colorés par la méthode de Gram. Ils se montrent constitués par des masses irrégulières arrondies, colorées en rose par l'éosine : au centre de ces masses, on distingue un feutrage

compliqué formé par des filaments colorés en violet. Les filaments mycéliens de l'actinomyces. Quelques-uns d'entre eux, isolés au moment de l'écrasement des grains, sont libres dans la préparation. Les filaments caractéristiques suffisent pour établir le diagnostic, malgré l'absence de formes renflées en massues.

Les milieux de culture ensemencés avec le pus sont restés stériles. Il est en effet assez rare d'obtenir des cultures d'actinomyces par ensemencement direct. De plus, l'absence des infections secondaires déjà constatée par l'examen du pus, se confirme et explique l'absence d'adénopathies.

OBSERVATION III

(Malade présentée par M. Poissonier à la Société
des Sciences médicales de Lyon en 1905.)

Actinomyose cutanée de la face

Il s'agit d'une Italienne, mariée, âgée de vingt-cinq ans, atteinte depuis trois mois d'une affection cutanée de la face, qui est en voie de régression depuis huit jours. La malade ne présente pas d'antécédents héréditaires. Elle appartenait à une famille de sept enfants, dont cinq sont morts de maladies inconnues totalement de la malade. Personnellement elle n'a pas eu d'autre affection qu'une fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans. Pas d'anémie. Pas de bronchites répétées. Pas trace de syphilis.

A la mi novembre 1904, elle se réveilla un matin avec la joue gauche enflée. Cet œdème rosé de la joue a augmenté, a diminué ensuite et a reparu trois ou quatre fois depuis.

Jamais de démangeaison, ni de rougeur vive, ni de squames sur cette région. Un mois et demi après sont apparus quelques nodules gros comme de petits pois.

A l'entrée la malade présente un œdème violacé qui occupe la pommette, la partie antérieure de la joue gauche, les deux paupières de l'œil gauche, et qui descend en bas jusqu'à la commissure labiale. Sur cet œdème font saillie sept petits nodules de la grosseur d'un pois, de même couleur que l'œdème, avec quelques points plus jaunes, de consistance plutôt molle, mais non fluctuante.

Les deux petits nodules situés à la partie inférieure de la région sont douloureux à la pression, les autres sont complètement indolores.

La région malade est le siège d'un empâtement profond qui adhère à la partie antérieure du molaire et à la pyramide du maxillaire supérieur. Aucun ganglion de la face ou du cou n'est hypertrophié, ni à droite, ni à gauche.

Rien du côté du nez, ni du molaire, ni du maxillaire supérieur, du palais, des gencives. Pas de trismus. L'affection ne détermine aucune gêne fonctionnelle, mais la malade souffre dans sa joue après chaque repas.

L'état général s'est conservé excellent. Rien au poumon.

Une telle affection ne présente pas l'aspect d'une tuberculose cutanée, d'un lupus, ni d'un mycosis fongoïde, ni d'une syphilis, ni d'une sarcomatose cutanée. La malade n'a aucun antécédent. L'évolution n'est pas celle de ces affections.

M. Bérard s'est arrêté au diagnostic d'actinomycose cutanée de la face à cause de l'aspect caractéristique de la lésion et de l'absence totale de ganglions. Il fallait en établir l'étiologie : la malade a raconté qu'elle habitait Lyon depuis plu-

sieurs années, mais qu'en juillet août 1904, elle avait passé deux mois à la campagne pour faire la moisson, et qu'il lui était arrivé maintes fois de mâchonner des grains de blé et de se gratter une dent cariée à la mâchoire supérieure gauche avec des fétus de paille.

Pour établir le diagnostic d'une façon définitive, on a recherché deux fois des grains jaunes sans en rencontrer. Malgré cela, M. Bérard a maintenu son diagnostic d'actinomycose, et la réussite du traitement ioduré lui donna raison.

Aujourd'hui la malade se trouve bien améliorée : l'œdème et l'empâtement ont diminué, les douleurs après les repas ont disparu, plusieurs nodules se sont affaissés. On avait commencé à 2 grammes par jour, et porté la dose à 4 grammes au bout de huit jours.

OBSERVATION IV

(M. Sicard, *Presse médicale*, août 1903.)

Actinomycose cutanée du doigt

G..., femme de trente-neuf ans, vit à la campagne et s'occupe des travaux des champs sans qu'elle ait à soigner des bovidés. Elle a eu six enfants, tous actuellement bien portants. Il n'existe chez elle aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux. Elle est d'une santé parfaite et robuste.

25 août 1902. — En ramassant des gerbes de blé pour les lier en faisceaux, elle ressent une douleur vive au niveau de l'index gauche. Un épi de blé venait de couper la peau du sillon métacarpo-phalangien sur une étendue de 1 cm. 1/2 environ.

La section avait été très nette, tout à fait superficielle, et n'avait été suivie que d'un très léger écoulement de sang.

La malade ne fait pas autrement attention à ce petit accident. Elle travaille comme à l'ordinaire les jours suivants, sans ressentir aucune douleur ou sensation anormale. La petite plaie s'était cicatrisée dès le surlendemain.

Cependant, huit jours après, un matin au lever, elle ressent une gêne douloureuse au niveau de l'index gauche qui s'œdématie assez rapidement.

Elle évite de se servir de la main gauche. L'œdème augmente les jours suivants et envahit l'extrémité du doigt et la paume de la main. Les douleurs s'accusent très vives, empêchant durant quarante-huit heures son sommeil. Puis quelques vésicules apparaissent aux alentours de la cicatrice ancienne et la peau, à ce niveau, devient rouge et chaude. Pas de lymphangite du bras, pas d'adénopathie axillaire.

Un médecin, appelé alors (quinze jours après la coupure, huit jours après le début des phénomènes douloureux), constate la formation d'un abcès. Une incision pratiquée au bistouri laisse échapper un peu de pus et beaucoup de sang. Quelques jours après, une seconde incision est jugée nécessaire; elle livre passage à une quantité de pus plus appréciable. Les douleurs diminuent d'intensité. On panse à l'eau phéniquée.

La semaine suivante, après de nombreux élancements douloureux, la malade constate la formation d'un second abcès situé un peu plus en avant du premier, au niveau de la deuxième phalange de l'index.

Quelque temps après, un troisième foyer fait éclosion au niveau de l'interstice séparant l'index du médius.

La suppuration des trois foyers persiste, assez prononcée, et, dans la crainte de l'amputation du doigt, la malade vient consulter à l'hôpital le 14 octobre 1902.

Le pansement phéniqué enlevé, nous constatons trois plaies s'étendant au niveau des régions décrites à la face palmaire de l'index gauche. Elles ont mauvais aspect, sont assez profondes, à fond sanieux, grisâtre, sphacélique par endroits, à bords cratériformes. Elles mesurent en surface 2 centimètres environ, et sont séparées entre elles par des intervalles de peau amincie, luisante, décollée par places.

On donne issue par la pression à des gouttelettes de pus qui s'échappent du tissu cellulaire décollé.

Le deuxième foyer (phalango-phalangien) détergé, laisse apercevoir l'ulcération s'étendant vers la profondeur. Les plans musculo-aponévrotiques sont détruits, le stylet permet de sentir l'os sous-jacent dénudé. L'épreuve radiographique montre bien l'atteinte périosto-osseuse et même l'élimination d'un petit séquestre.

Dans le pus recueilli de l'un des foyers, il est possible d'isoler de petits grains jaunâtres, très peu nombreux du reste. Les autres foyers sont explorés à ce point de vue, sans succès.

Écrasés entre deux lames, ces grains donnent après coloration l'aspect caractéristique de l'actinomycoïse. Nous n'avons pu déceler que les filaments mycéliens centraux et les formes en massue, sans retrouver des cellules sporifères. Les filaments restaient bien colorés par la méthode de Gram et les massues étaient fortement teintées en jaune orangé par le picro-carmin.

La recherche des associations microbiennes ne nous a

Dascaloff,

montré que quelques staphylocoques, sans streptocoques. Le diagnostic étiologique était établi. Nous conseillons alors à la malade des pansements à la gaze iodoformée, trempée dans de l'eau bouillie et des bains locaux tièdes, et nous ordonnons un traitement interne ioduré à la dose de 4 gr. par jour d'iode de potassium. Dès lors les lésions se modifient rapidement. Au sixième jour, les ulcères s'étaient détergés, les plaies bourgeonnaient avec tendance à la cicatrisation; l'écoulement séro-purulent s'était complètement tari.

Quinze jours après, le 29 octobre, les foyers étaient en pleine cicatrisation et il n'était plus possible de constater sur les préparations microscopiques des formes mycéliennes.

OBSERVATION V

(Malade présenté par M. le professeur Folet
à la Société médicale du Nord, le 27 février 1903.)

Actinomyose cutanée de la région fessière

Il s'agit d'un ouvrier agricole d'aspect robuste qui, il y a deux ans, vit apparaître derrière le trochanter droit une induration d'abord très limitée de la peau, laquelle s'étendit et augmenta lentement. Aujourd'hui on voit une large plaque circulaire de 15 centimètres, occupant la fesse droite, depuis le trochanter jusqu'au pli interfessier et jusqu'au très proche voisinage de l'anus; plaque hérissée de saillies longitudinales inégales, irrégulièrement parallèles et limitant entre elles de petites dépressions, vallées peu profondes,

entre des chaînes de montagnes à arêtes mousses. Cela a un peu l'aspect des photographies sidérales des volcans lunaires. Si vous préférez une comparaison moins ambitieuse, cela ressemble vaguement à une gaufre. Le teint coloré de nuances variant du violet, lie de vin, au jaune brun et au rose. Cette plaque n'est pas fortement adhérente aux plans profonds, mais elle ne glisse pas librement non plus. Il y a épaissement du derme et sans doute du tissu cellulaire sous-jacent. Le long de certaines arêtes de ce gaufrage existent des rainures, d'étroits ravins, d'où suinte un liquide sanieux. Certains points paraissent plus mous que l'ensemble du gâteau dont la consistance générale est ferme et scléreuse. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression. Il faut appuyer assez fort pour éveiller une souffrance minime.

Qu'est-ce que cette lésion ? Cela ne ressemble ni à de la bacilllose cutanée, ni à des lésions gommeuses de syphilis. Il n'y a d'ailleurs aucun antécédent. Mon chef de clinique, M. le Dr Le Fort, qui a vu en divers pays des actinomycoses cutanées, me dit que ce que nous avons sous les yeux y ressemble fort.

Le diagnostic d'actinomycose cutanée me semble donc probable et il est aisé de comprendre la genèse de la lésion : soit comme je l'avais pensé tout d'abord, par inoculation au niveau d'une écorchure péri-anale dans l'essuyage post-défécatore de la région au moyen d'une poignée de foin ou de paille ; soit par le contact d'une écorchure de la fesse, à travers un trou de la culotte, avec de la paille chargée d'actinomyces, sur laquelle le malade se serait couché ou assis. C'est ce dernier mode qui doit être le vrai, car le malade est très affirmatif sur le siège juxta-trochantérien de l'induration.

Mais si le diagnostic clinique est vraisemblable, le diagnostic microscopique n'est pas fait encore. Il n'y a pas de grains jaunes constatables à l'œil nu dans le liquide suintant de la lésion ; et notre très compétent collègue, M. Verdun, qui a examiné ce liquide au microscope, n'a pas encore découvert le champignon caractéristique. J'ai soumis le malade au traitement ioduré intra et extra, et je compte faire sous peu des raclages et des évidements des foyers. Peut-être dans les débris que nous recueillerons ainsi, trouvera-t-on l'actinomyces.

OBSERVATION VI

(M. Buerger, *American Journal of the medical Science*,
novembre 1907.)

Actinomycose cutanée du pied

C'est le cas d'une jeune fille âgée de seize ans, d'origine russe, présentant depuis quatre mois, sur le dos du pied gauche, une plaque de 25 sur 13 millimètres, saillante, rouge, violacée, couverte d'un épiderme mince et tendre, molle, mais reposant sur une base indurée. La plaque est excisée et examinée tout entière. On y trouve trois foyers d'actinomyces, filaments et massues ; beaucoup de cellules plasmiques et des vaisseaux de nouvelle formation avec quelques foyers de nécrose. Quelques amas de cellules géantes.

Buerger analyse les 17 cas d'actinomycose cutanée primi-

tive qu'il a trouvés dans les auteurs et remarque que dans le cas actuel un examen microscopique moins complet aurait laissé méconnaître la nature de la maladie.

OBSERVATION VII

(Dr Boehm, *Archiv für Dermatologie*, 1902.)

Actinomyctose cutanée primitive de la région occipitale

Il s'agit d'un boucher de Carlsbad, âgé de vingt-six ans, dont le début de la maladie remonte à l'année 1897, un an environ avant le jour où il vint me consulter. Le malade me dit que sa maladie eut un début brusque, à la manière d'une affection aiguë, avec de la fièvre et des douleurs, en même temps qu'un œdème apparaissait au niveau de la peau de la région occipitale. Il alla voir un médecin qui lui ordonna des compresses à la liqueur de Burow. Les phénomènes aigus disparaissent à la suite de ces applications, mais le gonflement persiste. Au bout de quelques jours le malade remarqua au niveau des parties enflées l'apparition d'un certain nombre de nodules, en même temps que la peau devenait lentement de plus en plus molle. En ce moment, en 1898, le malade vient me voir. Le malade ne pouvait me donner aucun renseignement étiologique.

Pour avoir une idée plus nette de cette affection, j'ai fait couper et raser les cheveux de la région envahie. Les cheveux qui formaient une sorte de feutrage étaient collés entre eux par une sécrétion déjà desséchée. L'affection occupait la peau qui correspond à l'os occipital tout entier, en commençant depuis la hauteur de la protubérance occipitale

externe et s'étendant sur les deux côtés, jusqu'aux protubérances pariétales, descendant en bas jusqu'au voisinage des oreilles et jusqu'à la nuque. La peau, qui était uniformément rouge dans toute son étendue, était infiltrée et parsemée de 15 à 20 nodules de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Dans les intervalles des nodules étaient visibles et sensibles des épaissements durs, formés par le tissu conjonctif sous-jacent.

Par un examen attentif, j'ai constaté que ces nodules étaient mous, élastiques et nettement fluctuants, c'est-à-dire qu'ils formaient des abcès. Quelques-uns de ces abcès s'étaient déjà ouverts et laissaient suinter un liquide épais d'un jaune brun. La peau malade pouvait se séparer du périoste et de l'os, n'y adhérerait point, l'os lui-même était indemne, n'était pas douloureux à la percussion. Les ganglions régionaux n'étaient pas hypertrophiés. Dans la bouche rien d'anormal. L'examen microscopique du contenu des abcès n'a donné aucun renseignement sur la nature de l'affection. Pour avoir plus de temps à observer le malade, j'ai prescrit les mêmes compresses à la liqueur de Burow; les autres abcès s'étaient ouverts à leur tour. Avec une sonde que j'ai introduite dans les fistules, j'ai constaté que les abcès communiquaient largement entre eux et ils n'étaient séparés en partie que par les épaissements conjonctifs que j'ai mentionnés. Par la pression d'une cavité d'abcès on fait sourdre par plusieurs fistules, simultanément, une sécrétion déjà assez liquéfiée. Cette fois j'ai pu constater microscopiquement les grains jaunes et j'ai fait le diagnostic de l'actinomycose. L'examen microscopique des préparations ordinaires et de celles colorées par la méthode de Gram a confirmé mon diagnostic.

Dans les orifices fistuleux que j'ai préalablement élargis, j'ai injecté avec la seringue de Pravaz de la teinture d'iode pure. Les douleurs produites par cette opération étaient insignifiantes, si bien que je pouvais traiter dans la même séance toutes les cavités. A la suite de 10 injections, les cavités se sont affaissées et ratatinées, la sécrétion si abondante il y a quelque temps, s'est tarie. Au bout de deux mois, pendant lesquels j'ai fait 25 injections, l'actinomyose est guérie. Aujourd'hui, trois ans se sont écoulés sans que le malade ait eu une récurrence. Aucun traitement interne n'a été appliqué.

CONCLUSIONS

L'actinomycose cutanée est une affection relativement rare.

Elle peut être primitive ou secondaire.

L'actinomycose cutanée primitive succède à des érosions ou des plaies cutanées qui servent de portes d'entrée au parasite. Elle est rare.

L'actinomycose cutanée secondaire, qui est de beaucoup la plus fréquente, résulte d'une pénétration à distance (bouche, voies respiratoires, tube digestif) de l'actinomyces ou exceptionnellement d'une embolie vasculaire.

Les lésions cutanées peuvent affecter des formes très variées. Ce que l'on observe habituellement, c'est la forme nodulaire. Sous l'influence du traitement les nodosités s'affaissent et disparaissent, mais si la maladie est abandonnée à elle-même, elles finissent par s'ulcérer.

Suivant qu'elles restent superficielles ou profondes, les ulcérations mycosiques peuvent réaliser le type vésiculeux ou le type ulcéro-gommeux, parfois la forme anthracôïde.

Le pronostic est bénin, il peut être grave si les tissus sous-jacents sont envahis.

L'actinomycose cutanée peut simuler un grand nombre d'affections cutanées. Elle peut être confondue le plus souvent avec le lupus tuberculeux, avec les gommes tuberculeuses et syphilitiques, avec les pseudo-actinomycoses.

Le diagnostic repose sur les caractères spéciaux des lésions mycosiques, mais il ne peut être confirmé que par la constatation clinique et microscopique des grains jaunes.

Le traitement consiste en l'administration de l'iodure de potassium, à l'intérieur (2 à 4 gr. par jour), et à l'extérieur en application d'une solution iodo-iodurée. Souvent on associe au traitement médical le traitement chirurgical, qui consiste en curettage, grattages, scarifications, incision, excision, extirpation des lésions. La guérison survient presque toujours.

Vu : Le Président de la thèse,

E. GAUCHER

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BOEHM. — Primære Actinomycosis cutis aus Hinterhaupte (Archiv für Dermatologie, déc. 1902).
- BUERGER. — Actinomycosis of the Skin of the foot (American Journal of the medical Sciences, nov. 1907).
- CASTANEDA. — Actinomycose primitive avec propagation rapide trachéo-bronchique (Revue hebdomadaire de Laryn. Otol. Rhin., mai 1906).
- DOR. — Actinomycose, recherche du champignon rayonné. Les caractères morphologiques et réactionnels dans les tissus (Presse médicale, 16 sept. 1903).
- FOLET. — Actinomycose cutanée de la région fessière (Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord, fév. 1903).
- GABOUR. — Pseudo-actinomycose cervico-faciale (Lyon médical, 1906).
- GAUCHER. — Actinomycose de la joue (Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris, avr. 1901).
- LENOIR et CHASSE. — A propos du diagnostic et du traitement de l'actinomycose cutanée (Revue générale de clinique et de thérapie, juillet 1900).
- LIEBLEIN. — Über die aktinomycose der Haut (Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1900).
- LION. — Hautactinomycose (Archiv für Dermatologie, 1900).
- MILIAN. — Actinomycose de la plante du pied. De la biopsie dans l'action (Annales de Dermatologie, janv. 1905).
- MONESTIÉ. — Thèse de Paris, 1895.

- NEUKRICH. — A propos de l'actinomycose (Presse méd., déc. 1903).
- POISSONIER. — Actinomycose cutanée de la face (Lyon méd., 1905).
- PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomycose humaine.
— De l'actinomycose humaine en France (Presse méd., 1902).
- PONCET et THÉVENOT. — De l'Actinomycose en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (Bulletin méd., juin 1903).
- RAINGEARD. — Thèse de Paris, 1896.
- RHINTER. — Forme rare d'actinomycose faciale (Lyon méd., 1907).
- RECLUS. — Un cas d'actinomycose cervico-faciale (Bulletin méd., fév. 1906).
- SICARD. — Actinomycose cutanée du doigt (Presse méd. 1903).
- THÉVENOT. — A propos de l'actinomycose humaine (Lyon médical),
— Panaris actinomycosique de l'annulaire droit (Presse méd., sept. 1903).

